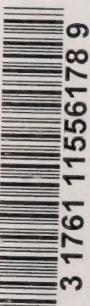


CA1  
HW  
-1999  
C15



Canada's Health Care System





Health  
Canada

Santé  
Canada

CAI  
HW  
-1999  
C15

# CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM

Canada







Our mission is  
to help the people of Canada  
maintain and improve their health.  
*Health Canada*

Inquiries should be directed to:

Health System and Policy Division  
Policy and Consultation Branch  
Health Canada  
Brooke Claxton Building  
Tunney's Pasture  
Postal Locator 0910A  
Ottawa, Ontario  
Canada  
K1A 0K9

This pamphlet is available on Health Canada's Internet site at:

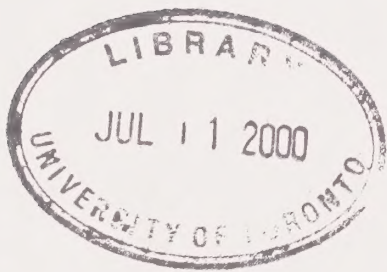
<http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/E-sys.htm>

Cat. No.: H39-502/1999  
ISBN: 0-662-64433-6  
Canada's Health Care System.

# CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM

## Canada's Health Care System







# CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM

Canada has a predominantly publicly financed, privately delivered health care system that is best described as an interlocking set of ten provincial and three territorial health insurance plans. Known to Canadians as "Medicare", the system provides access to universal, comprehensive coverage for medically necessary hospital, in-patient and out-patient physician services.

This structure results from the constitutional assignment of jurisdiction over most aspects of health care to the provincial order of government. The system is referred to as a "national" health insurance system in that all provincial/territorial hospital and medical insurance plans are linked through adherence to national principles set at the federal level.

The management and delivery of health services is the responsibility of each individual province or territory. Provinces and territories plan, finance, and evaluate the provision of hospital care, physician and allied health care services, some aspects of prescription care and public health.

The federal government's role in health care involves the setting and administering of national principles or standards for the health care system (i.e., *Canada Health Act*), assisting in the financing of provincial health care services through fiscal transfers, and fulfilling functions for which it is constitutionally responsible. One of these functions is direct health service delivery to specific groups including veterans, native Canadians living on reserves, military personnel, inmates of federal penitentiaries and the Royal Canadian Mounted Police. Other federal government health-related functions include health protection, disease prevention, and health promotion.

## PRINCIPLES OF MEDICARE

The *Canada Health Act* stipulates the criteria that provincial health insurance plans must meet in order for a province to qualify for its full federal transfer payments. The following five criteria are known as the "principles" of Canada's national health care system:

### Public Administration

The health insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority accountable to the provincial government.

### Comprehensiveness

The plan must insure all medically necessary services provided by hospitals and physicians. Insured hospital services include in-patient care at the ward level (unless private or semi-private rooms are medically necessary) and all necessary drugs, supplies and diagnostic tests, as well as a broad range of out-patient services. Chronic care services are also insured, although some payment in respect of accommodation costs may be required by patients who more or less permanently reside in the institution.

### Universality

The plan must entitle 100 percent of the insured population (i.e., eligible residents) to insured health services on uniform terms and conditions.

### Accessibility

The plan must provide, on uniform terms and conditions, reasonable access to insured hospital and physician services without barriers. Additional charges to insured patients for insured services are not allowed. No one may be discriminated against on the basis of income, age, health status, etc.

### Portability

Residents are entitled to coverage when they move to another province within Canada or when they travel within Canada or abroad. All provinces have some limits on coverage for services provided outside Canada, and may require prior approval for non-emergency out-of-province services.



## How The System Works

Canada's health care system relies extensively on primary care physicians (e.g., general practitioners), who account for about 51% of all active physicians in Canada. They are usually the initial contact with the formal health care system and control access to most specialists, many allied providers, hospital admissions, diagnostic testing and prescription drug therapy.

Canada does not have a system of "*socialized medicine*", with doctors employed by the government. Most doctors are private practitioners who work in independent or group practices and enjoy a high degree of autonomy. Some doctors work in community health centres, hospital-based group practices or work in affiliation with hospital out-patient departments. Private practitioners are generally paid on a fee-for-service basis and submit their service claims directly to the provincial health insurance plan for payment. Physicians in other practice settings may also be paid on a fee-for-service basis, but are more likely to be salaried or remunerated through an alternative payment scheme.

When Canadians need medical care, in most instances, they go to the physician or clinic of their choice and present the health insurance card issued to all eligible residents of a province. Canadians do not pay directly for insured hospital and physicians' services, nor are they required to fill out forms for insured services. There are no deductibles, co-payments or dollar limits on coverage for insured services.

A number of allied health care personnel are also involved in primary health care to a certain extent. Dentists work independently of the health care system, except where in-hospital dental surgery is required. While nurses are generally employed in the hospital sector, they also provide community health care including home care and public health services. Pharmacists dispense prescribed

medicines and drug preparations and also act as an independent knowledge source, by providing information on prescribed drugs, or by assisting in the purchase of non-prescription drugs.

Over 95% of Canadian hospitals are operated as private non-profit entities run by community boards of trustees, voluntary organizations or municipalities. Hospitals have control of the day-to-day allocation of resources provided they stay within the operating budgets established by the regional or provincial health authorities. Hospitals are primarily accountable to the communities they serve, not to the provincial bureaucracy. The for-profit hospital sector comprises mostly long-term care facilities or specialized services such as addiction centres.

In addition to insured hospital and physician services, provinces and territories also provide public coverage for other health services that remain outside the national health insurance framework for certain groups of the population (e.g., seniors, children and welfare recipients). These supplementary health benefits often include prescription drugs, dental care, vision care, assistive equipment and appliances (prostheses, wheelchairs, etc.) to independent living and services of allied health professionals such as podiatrists and chiropractors.

Although the provinces and territories do provide some additional benefits, supplementary health services are largely privately-financed and Canadians must pay privately for these non-insured health benefits. The individual's out-of-pocket expenses may be dependent on income or ability to pay. Individuals and families may acquire private insurance, or benefit from an employment-based group insurance plan, to offset some portion of the expenses of supplementary health services. Under most provincial laws, private insurers are restricted from offering coverage which duplicates that of the governmental programs, but they can compete in the supplementary benefits market.



## ***Milestones in the Evolution of Universal Health Insurance***

Canada's health insurance system evolved into its present form over five decades.

Prior to the late 1940's, private medicine dominated health care in Canada resulting in access to care being based on ability to pay. The trend to universal, publicly financed health insurance began in 1947 when the province of Saskatchewan introduced a public insurance plan for hospital services. In 1956, the federal government, seeking to encourage the development of hospital insurance programs in all provinces, offered to cost-share hospital and diagnostic services on a roughly fifty-fifty basis. By 1961, all ten provinces and the two territories had signed agreements establishing public insurance plans that provided universal coverage for at least in-patient hospital care that qualified for federal cost-sharing.

Public medical care insurance also began in the province of Saskatchewan, providing coverage for visits to, and services provided by, physicians outside hospitals. The federal government enacted medical care legislation in 1968 to cost-share, again on a roughly fifty-fifty basis, the costs of provincial medical care services. By 1972, all of the provincial and territorial plans had been extended to include physicians' services. Thus, by that year, the objective to have a national health insurance plan for hospital and medical care in Canada had been realized.

For the first twenty years, the federal government's financial contribution in support of Medicare was determined as a percentage—about half—of provincial expenditures on specified insured health services. In 1977, these cost sharing arrangements were replaced by per capita transfers to the provinces and territories, known as block funding. For the period 1977 to 1996, the federal contribution was based on a uniform per capita entitlement and took the form of a tax transfer (taxing power)<sup>1</sup> and cash payments.

With the arrival of block funding arrangements in 1977, the provinces' entitlement to the federal contribution became conditional solely on their compliance with the criteria set out in the federal hospital and medical care legislation. Because transfers were no longer tied to provincial spending on hospital and physician services, the provinces had the flexibility to invest in other approaches to health care delivery, such as extended health care services and community health centres, or to expand coverage for supplementary health benefits, such as prescription drugs for seniors or dental care for children.

In 1979, a health services review undertaken by the Hall Commission reported that health care in Canada ranked among the best in the world, but it warned that extra-billing by doctors—requiring patients to supplement what a doctor was paid by the provincial plan—and user fees levied by hospitals were creating a two-tiered system that threatened accessibility to care.

In response to these concerns, the federal government reaffirmed its commitment to a universal, accessible, comprehensive, portable, publicly-administered health insurance system when the Parliament of Canada passed the *Canada Health Act* in 1984. To discourage provincial user charges and extra-billing, the *Act* provides for a mandatory dollar-for-dollar penalty, deducted from federal transfer payments, if any province permits user charges or extra-billing for insured health services.

The federal government remains firmly committed to the principles of the *Canada Health Act*.

## ***Funding***

Health care in Canada is financed primarily through taxation, in the form of provincial and federal personal and corporate income taxes. Some provinces use ancillary funding methods which are



nominally targeted for health care, such as sales taxes, payroll levies and lottery proceeds. These funds, however, are not earmarked specifically for health and are added to the central revenues of the province. They play a relatively minor role in health care financing.

Two provinces (i.e., Alberta and British Columbia) utilize health care premiums. The premiums are not rated by risk in either province and prior payment of a premium is not a pre-condition for treatment, in accordance with the *Canada Health Act*.

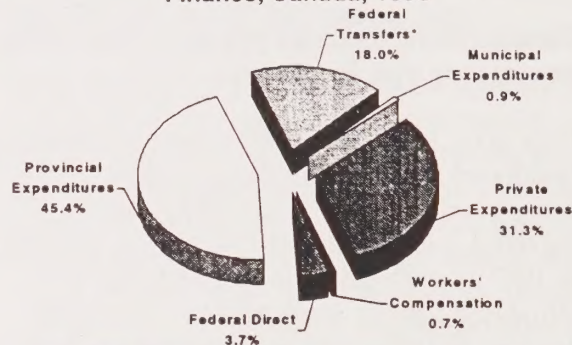
For the period 1977 to 1996, the federal contribution for insured health services was combined with that for post-secondary education and provided through a block funding transfer. The federal contribution was based on an equal per capita entitlement which was adjusted annually according to changes in Gross National Product and calculated independently of provincial costs.

Beginning in fiscal year 1996-97, the federal government's contribution to provincial health and social programs was consolidated in a new single block transfer, the Canada Health and Social Transfer. Federal funding is transferred to the provinces as a combination of cash contributions and tax points. As with the previous transfer arrangement, provincial health insurance plans must adhere to the principles of the *Canada Health Act* in order to be eligible for the full federal transfer payments.

To strengthen the health care system, the federal government announced in the 1999 Budget that provinces and territories will receive an additional \$11.5 billion over the period from 1999-2000 to 2003-2004, specifically for health care under the Canada Health and Social Transfer.

The schematic diagram of the Funding Structure of the Health System in Canada (found at the end of this brochure) indicates that the flow of funds from individuals (on the left hand side of the diagram) in the form of payment of taxes and premiums to governments, employers and private insurers,

**Figure A**  
Total Health Expenditures by Sector of Finance, Canada, 1998



\* Federal Transfers are mainly the health portion of Canada Health and Social Transfer, estimated using the 1995-96 distribution of Established Programs Financing (EPF) and Canada Assistance Plan (CAP).

Source: Health Canada

**Figure B**  
Percentage Change of Real Per Capita Public and Private Health Expenditures, Canada, 1976 to 1998



Source: Health Canada

finance the health care delivery system and providers (on the right hand side of the diagram).

## Health Spending

In 1998, total health expenditures in Canada (in current dollars) were \$82.5 billion (Cdn) or \$2,694 (Cdn) per capita (approximately \$1,785 US per capita). Health expenditures accounted for 9.3% of Gross Domestic Product (GDP) in 1998, down from the 1992 peak level of 10.1% of GDP. Health care spending accounts for around one-third of provincial program expenditures.



Public sector funding represents about 68.7% of total health expenditures. The remaining 31.3% is financed privately through supplementary insurance, employer-sponsored benefits or directly out-of-pocket (Figure A & D). The controls inherent in the single-payer approach to health care are recognized as a major contributor to Canada's recent cost containment success.

The single-payer attribute of public insurance has enabled the provinces and territories to better control the growth of health expenditures in the public sector than has been the case in the private sector (Figure B). Provinces and territories have considerable power to manage health care spending. For example, a hospital's operating costs are paid out of the annual budget it negotiates with the provincial ministry of health, or with a regional authority given the devolution of many health planning and delivery functions to communities since the early 1990's. In most cases, proposals for the expansion of programs, services and health facilities must be approved by community and provincial authorities. The acquisition and distribution of expensive high-tech equipment among a region's hospitals is also subject to prior approval to avoid unnecessary duplication of services or their under-utilization.

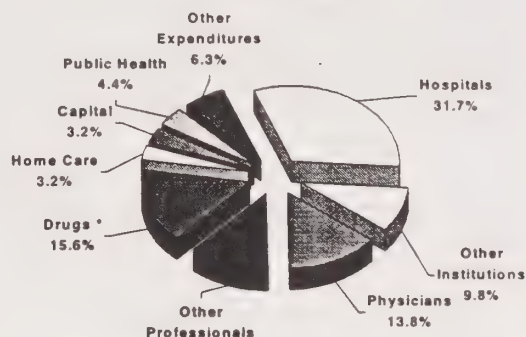
Compensation for physician services is also negotiated between the provinces and the provincial medical associations on the basis of fee and utilization increases, subject to various forms of individual physician or global ceilings. Salaries for nurses' services are generally negotiated through collective bargaining between the unions and employers.

## Benefits of Medicare

### Health Status

One of the most important indicators of the system's success is the favourable health status of Canadians. The life expectancy for Canadians born in 1997 is 78.6 (81.4 years for women,

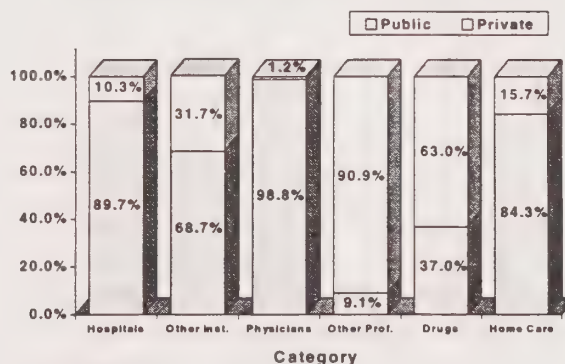
**Figure C**  
Total Health Expenditures by Category, Canada, 1998



\* Includes drugs in hospitals

Source: Health Canada

**Figure D**  
Public and Private Shares of Health Expenditures by Category, Canada, 1998



Source: Health Canada

and 75.8 years for men), among the highest in industrialized countries. The 1996 infant mortality rate of 5.6 per 1,000 live births is one of the lowest in the world. Canada's health care system is regarded as a major contributor to Canada's number one world ranking on the United Nations Human Development Index.<sup>2</sup>

### Economic Benefits

Medicare provides a variety of economic benefits, which arise from efficiency and cost-savings associated with public financing and competitive



advantages it provides to Canadian business. Public financing spreads the cost of providing health services equitably across society. In addition to the benefits derived from the single-payer attributes of the Canadian health system, financing health insurance through the taxation system is efficient since it does not require the creation of a separate collection process.

*The Canadian health care system is one of the central determinants of our industrial competitiveness and our quality of life*  
(Conference Board of Canada, 1998).<sup>3</sup>

A 1999 study by KPMG, the international business advisors, comparing business costs in North America, Europe and Japan found that Canada has the lowest business costs. A significant advantage was Canada's lower labour costs resulting from lower employee-sponsored benefits (ESB), especially medical insurance.<sup>4</sup>

Canadian business supports the health insurance program, not only because its efficiency has been proven, but also because it provides competitive advantages to the business sector. These advantages include lower employee benefit costs and the promotion of a healthy and mobile workforce. While universal access to quality health care services helps ensure a healthy population and, therefore, a healthy and productive labour force, the national character of Canada's health insurance system enhances labour force mobility, which can be very important in responding to changing business requirements and opportunities.

Public health insurance coverage in Canada is based solely on residency. The portability principle of the *Canada Health Act* ensures that residents are covered when they move or while they are temporarily absent from their province. Workers, therefore, need not fear losing health insurance coverage for themselves and their families because they change jobs or move to another province in search of employment.

## NATIONAL FORUM ON HEALTH<sup>5</sup>

The National Forum on Health was launched in 1994 to engage the public and health stakeholders in a dialogue to chart a course for the future of health and health care in Canada. The Forum submitted its final report, *Canada Health Action: Building on the Legacy*, on February 4, 1997. The Forum's overall prescription for sustaining Canada's health system for the future is a balance of actions on non-medical determinants and actions within the health care system itself.

On economic grounds, the Forum says that the single-payer model of public health insurance (Medicare) is the best approach to controlling overall spending on health. The report concludes that a range of concerted actions, based on informed decisions, is needed to make the system more efficient, effective and more reflective of contemporary practice in health care delivery. Recommendations include:

- restructuring the organization, funding and delivery of primary care services; funding the care, rather than the provider or site; taking steps to bring home care and medically necessary drugs under the umbrella of the publicly funded health care system;
- a broad, integrated child and family strategy involving both programs and income support; the creation of a national foundation to strengthen community action; an Aboriginal Health Institute; and help for people trying to enter the work force; and
- the adoption of an evidence-based system at the clinical, management and policy level, and at the public information level - with federal leadership in this area through the development of a nationwide population health information system.

In the 1997 Budget, the Government of Canada provided some early responses to several forum recommendations in announcing \$300 million over the next three years for: a new Health Transition Fund (focussing on evidence-based innovations in home care, pharmacare, primary care and integrated service delivery); a national strategy for an integrated Canadian Health Information System; and increased funding for community-based children and prenatal nutrition initiatives.

## Renewing Canada's Health Care System

In the early 1980s, health care spending required larger portions of total provincial resources, to the point where they represented between 28% and 36% of provincial program expenditures. Accounting for such a large proportion of provincial expenditures, health care was targeted by most provinces for restraint and cost



efficiencies. Provinces were able to undertake much of this cost-control by using the power of a single-payer structure.

There is a growing comprehension of a change in future population health needs, and an understanding of the actual impact of health care on the population's general health status. This is evident in the general policy shift away from discussions of the health care system to a focus on the *health system*, which recognizes that health is more than health care. The overall orientation of new provincial policy directions is the continuance of the shift away from an emphasis on health care towards a more comprehensive and integrated view of health.

The federal and provincial governments have responded to the need to adapt the system to today's realities in several ways, notably: by adopting a determinant of health framework which recognizes that while health care is obviously an important contributor to health, its role must be placed in context as only one component of a much broader set of determinants of health; by shifting the emphasis of the health care system away from institutionally-based delivery models (i.e., physicians and hospital-based care) to integrated community-based models which place increased emphasis on health promotion and prevention; and, by developing strategies for the coordinated management of the health care workforce, including the remuneration, geographical distribution and appropriate use of various health providers.

Governments, health providers and Canadians alike agree that all efforts to preserve and enhance Canada's health care system have to build upon the five fundamental principles of the *Canada Health Act* that guide the design and operation of our national health insurance system. Canadians regard health care as a basic right and they value their health system highly. They identify strongly with their health care system because it exemplifies many of the shared values of our society, such as equity, fairness, compassion, and respect for the fundamental dignity of all. Adherence to the

principles of the *Canada Health Act* will remain an important characteristic of Canada's health care system as it continues to evolve to respond to the needs of Canadians.

#### CANADA: SELECTED FACTS

Demographics	#	Year
Population	30.9M	1999*
% of Pop. aged 0 - 24	33.2	1998*
" " " " 25 - 44	32.3	1998*
" " " " 45 - 64	22.2	1998*
" " " " 65 +	12.3	1998*
<b>Health indicators</b>		
Life expectancy at birth (yrs)	78.6	1997*
Median age of women	36.1	1996*
Median age of men	34.5	1996*
Infant mortality rate per 1,000 live births	5.6	1996*
Potential years of life lost per 100,000 pop.	3,483	1996*
Major causes of death (% of total causes)		
Cancer	27.2	1997*
Heart disease	26.6	1997*
Cerebrovascular diseases (mainly stroke)	7.4	1997*
<b>Hospitals and other institutions</b>		
Hospital inpatient days per 1,000 pop.	1,132.0	1996-97*
Average length of stay (inpatient days)	10.7	1996*
Hospital beds per 1,000 pop.	5.6	1993-94*
Residential care beds per 1,000 pop.	8.1	1993-94*
Average hospital costs per day	\$623	1995-96*
Hospital staff per bed	3.0	1995-96*
<b>Health care providers</b>		
Total # of physicians	55,243	1997*
Active physicians per 100,000 pop.	183	1997*
# of GP's	28,108	1997*
% of physicians who are GP's	50.9	1997*
# of Specialists	27,135	1997*
% of physicians who are specialists	49.1	1997*
Specialists per 100,000 pop.	90	1997*
Registered nurses	229,813	1997*
Registered nurses per 100,000 pop.	763	1997*

\* Statistics Canada    \* Canadian Institute for Health Information



## Conclusion

Canada has been successful in its efforts to contain national health expenditures. In the mid-1990s health expenditures levelled off and declined somewhat further. While cost containment within specific sectors remains a priority in order to provide for the reallocation of resources, the pragmatic concerns of containing overall costs have been largely addressed. Canada is now turning its attention toward longer-term considerations about the future of the national health care system. These longer-term considerations are focusing on ensuring that the health care system remains responsive to Canadians' health needs now, and in the future, and appropriate for achieving good health outcomes and health status. There is general agreement that in order to make the health care system more responsive and accountable to the public, it is necessary to move toward an integrated, high quality health care system that can provide the needed care in an effective and affordable manner. Canadians expect to be informed of the performance of the health care system and to be involved in the transition of the system to address their needs in the twenty first century and beyond.

In the 1999 Budget, the Government of Canada announced key steps to strengthen health care in Canada, improve the health of Canadians and enhance health research. Transfer payments to the provinces/territories for health services will increase by \$11.5 billion over the five year period from 1999-2000 to 2003-2004. In addition to increased transfers, the 1999 Budget injected \$1.4 billion over three years into such key areas as research, information and technology, First Nations and Inuit health systems and programs, and enhancements to health promotion and health protection programs. This investment in the health of Canadians and their health care system represents the largest single new investment ever made by the Government.

It is anticipated that the Canadian health care system will continue its development through an evolutionary process as it is renewed to reflect the

new vision of a health system. While health care, with its focus on hospital and medical care, continues to play a prominent and vital role, it is increasingly being recognized as one element of a larger health care system encompassing a broader range of services, providers and delivery sites. Support for, and adherence to, the national principles of the *Canada Health Act* across the country will ensure that the essential elements and character of the Canadian health care system remain as the foundation upon which the health system will evolve.

## NOTES

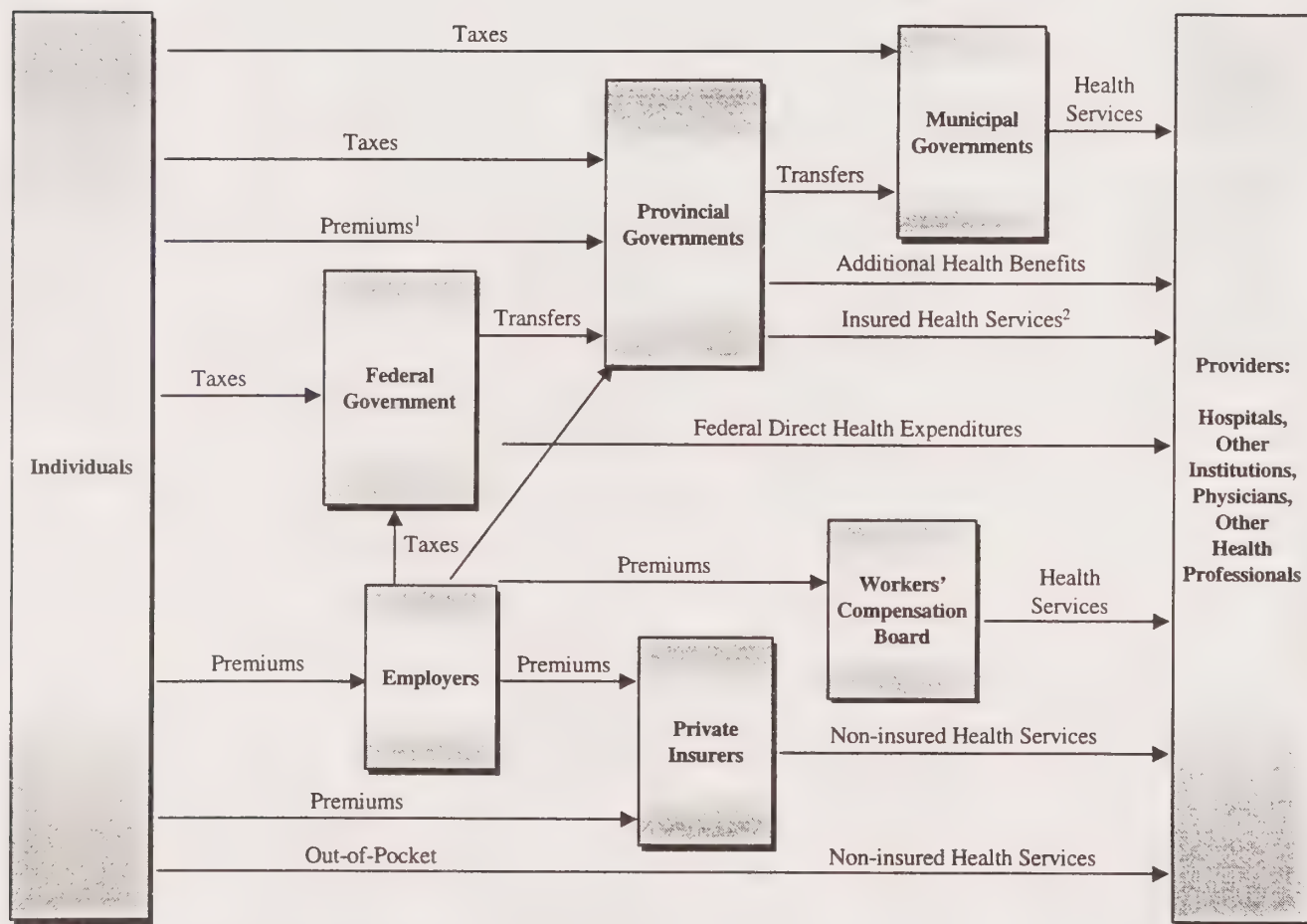
- <sup>1</sup> "Tax transfer" refers to the transfer of a given number of income and corporate tax points from the federal government to the provinces; in other words, the federal government agrees to lower its personal and corporate income tax so that the provinces can step in and raise their own taxes by the same percentage points as the corresponding federal tax reduction.
- <sup>2</sup> The United Nations Human Development Index ranks countries according to their citizens' education, access to health care and average income. Canada has topped the index six consecutive years in a row (1994-1999). United Nations Development Programme (selected years), *Human Development Report*, New York: Oxford University Press.
- <sup>3</sup> Conference Board of Canada; *Performance and Potential 1998*: Ottawa.
- <sup>4</sup> KPMG (1999); *The Competitive Alternative: A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*: KPMG Canada and Prospectus Inc.
- <sup>5</sup> National Forum on Health (1997); *Canada Health Action: Building on the Legacy*, Final report of the National Forum on Health, Ottawa.

Health System and Policy Division  
Health Policy and Information Directorate  
Policy and Consultation Branch  
Health Canada  
Brooke Claxton Building  
PL 0910A  
Ottawa, Ontario  
K1A 0K9

<http://www.hc-sc.gc.ca/>  
July 1999



# The Funding Structure of the Health System in Canada



1 Two Provinces, British Columbia and Alberta levy health premiums.

2. Medically-necessary hospital and physician services.

*Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.*



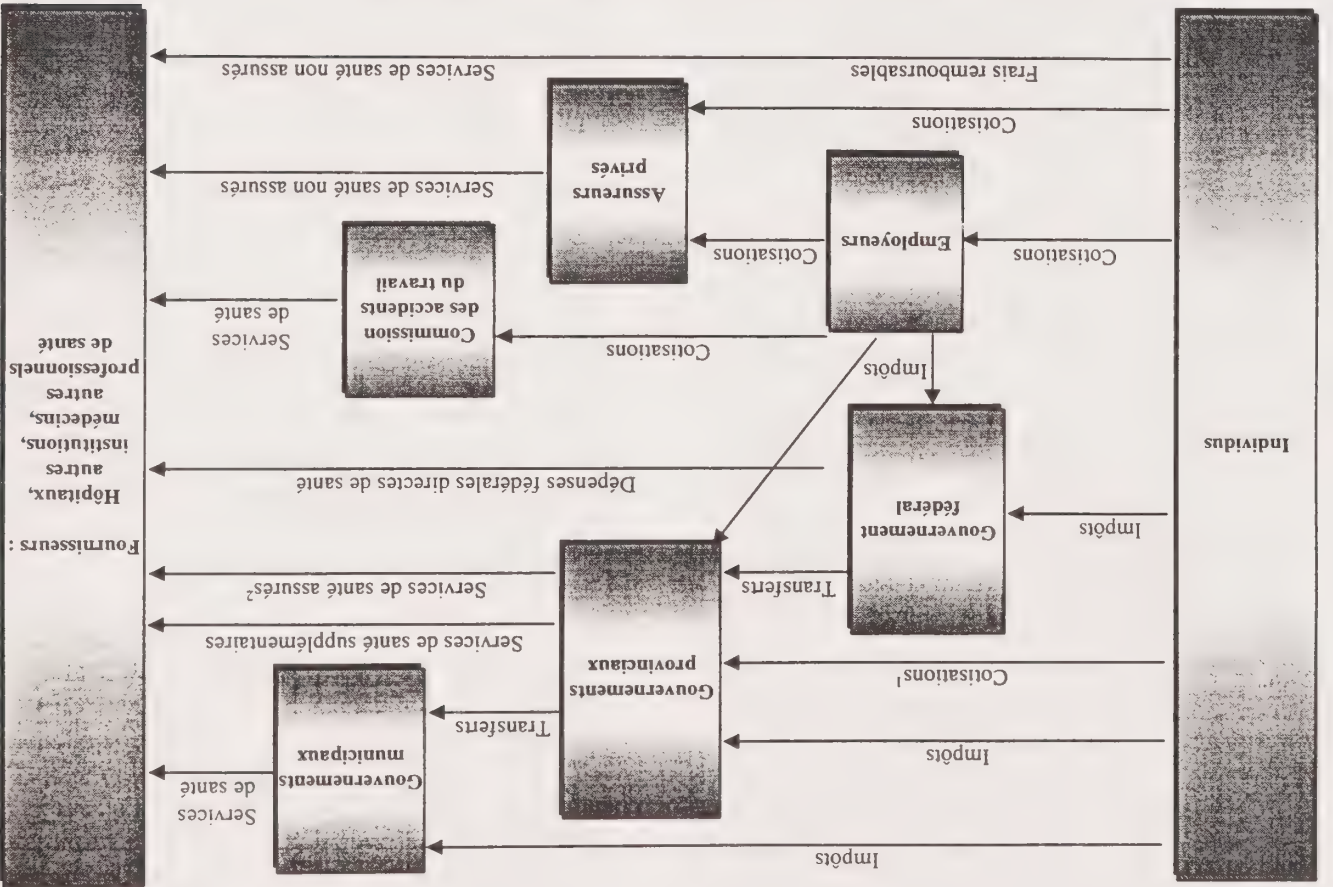
Health Canada Santé Canada







# La structure de financement du système de santé au Canada



1. Deux provinces, la Colombie-Britannique et l'Alberta perçoivent des cotisations en matière de santé.
2. Services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins.



Il est prévu que le système de soins de santé au Canada continuera de progresser alors qu'il est renouvelé pour refléter la nouvelle vision d'un système de santé. Bien que les soins de santé, qui se concentrent sur les soins hospitaliers et médicaux, continuent d'occuper une place prédominante et vitale, ils sont de plus en plus reconnus comme étant un élément d'un vaste système de santé comportant un large éventail de services, de fournisseurs et de lieux de prestation des services. Grâce à l'appui et au respect des principes nationaux de la *Loi canadienne sur la santé* par toute la population canadienne, les éléments essentiels et le caractère du système canadien de soins de santé demeureront la base sur laquelle évoluera le système de santé.

## NOTES

<sup>1</sup> On entend par «transfert fiscal» un nombre donné de points d'impôt sur les particuliers et les sociétés que le gouvernement fédéral transfère aux provinces : en d'autres mots, le gouvernement fédéral accepte de réduire ses impôts sur les particuliers et les sociétés pour que les provinces puissent occuper ce champ d'impôts et augmenter leurs propres points d'impôts par un nombre de points équivalent à la réduction fédérale.

juillet 1999

Division des politiques et du système de santé  
 Direction de l'information et de la politique de la santé  
 Santé Canada  
 Immeuble Brooke Claxton  
 LP 0910A  
 Ottawa (Ontario)  
 K1A 0K9  
<http://www.hc-sc.gc.ca/>

- <sup>2</sup> L'indice de développement humain des Nations Unies classe les pays en fonction du niveau de scolarité des citoyens, de l'accès aux soins de santé et du revenu moyen. Le Canada arrive premier au classement pour la sixième fois consécutive (1994-1999). Programme des Nations Unies pour le développement (années données). *Rapport mondial sur le développement humain*, New York, Oxford University Press.
- <sup>3</sup> Le Conférence Board du Canada, *Performance and Potential* 1998, Ottawa.
- <sup>4</sup> KPMG (1999), *The Competitive Alternative: A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*: KPMG Canada et prospectus Inc.
- <sup>5</sup> Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*, Rapport final du Forum sur la santé, Ottawa.

## En conclusion

Le Canada a réussi à freiner la croissance des dépenses de santé. Depuis le milieu des années 1990, les dépenses publiques de santé se sont tout d'abord stabilisées et, par la suite, ont commencé à chuter légèrement. La compression des coûts dans des secteurs précis demeure une priorité pour permettre la réaffectation des ressources, mais les préoccupations d'ordre pratique concernant la réduction des coûts ont été largement abordées. Le Canada peut maintenant tourner son attention vers des considérations à plus long terme relatives à l'avenir du système de santé. Ces questions à plus long terme portent sur l'importance de faire en sorte que le système de santé continue de répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé et reste approprié pour obtenir de bons résultats en matière de santé et améliorer la santé de la population. Il est généralement reconnu que pour rendre le système de santé mieux adapté et plus responsable à l'égard du public, il est nécessaire d'évoluer vers un système de santé intégré de qualité supérieure qui fournisse les soins nécessaires de façon efficace et abordable. Les Canadiens s'attendent à être informés sur la performance du système de santé et à être engagés dans la transition vers un système qui répond à leurs besoins au vingt et unième siècle et après.

Dans le Budget 1999, le gouvernement du Canada a annoncé des mesures essentielles pour renforcer le régime de soins de santé au Canada, améliorer l'état de santé des Canadiens et accroître la recherche en santé. Les transferts vers les provinces et les territoires pour les services de santé augmenteront de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, à partir de 1999-2000 jusqu'à 2003-2004. Outre la hausse des transferts, le Budget 1999 prévoit l'injection de 1,4 milliard de dollars sur trois ans dans des initiatives essentielles, comme la recherche, l'information et la technologie, les services de santé et les programmes offerts aux Premières nations et aux Inuits, ainsi qu'aux améliorations des programmes de promotion et de protection de la santé. Cet investissement dans la santé des Canadiens et dans leur système de santé représente le plus grand et le seul nouveau investissement jamais fait par le gouvernement.

changement général de perspective en témoigne : les débats se détournent du système de soins de santé pour porter plutôt sur le *système de santé*, un concept qui implique que la santé va au-delà des soins de santé. La nouvelle orientation générale que prennent les provinces est la suite de ce virage; elles se concentrent maintenant sur une perception de la santé plus globale et intégrée, et non uniquement sur les soins de santé.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont répondu à la nécessité d'adapter le système de santé aux réalités d'aujourd'hui de plusieurs façons. Notamment, ils ont adopté un cadre des déterminants de la santé qui reconnaît que même si les soins de santé contribuent grandement à la santé, il faut les considérer comme un seul élément d'un ensemble beaucoup plus vaste de déterminants de la santé. Ils ont changé l'orientation du système de soins de santé, celui-ci reposant moins sur des modèles de prestation de soins en établissement (c'est-à-dire par les médecins et dans les hôpitaux) et plus sur des modèles communautaires intégrés s'attardant davantage à la promotion de la santé et à la prévention. Enfin, ils ont formulé des stratégies pour la gestion coordonnée des soins de santé, y compris la rémunération, la répartition géographique et l'utilisation appropriée des divers fournisseurs de services de santé.

Les gouvernements, les dispensateurs de soins et les Canadiens s'entendent pour reconnaître que tous les efforts déployés pour préserver et améliorer le système de santé canadien doivent reposer sur les cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* qui guident la conception et le fonctionnement de notre système national d'assurance-maladie. Les Canadiens considèrent les services de santé comme un droit fondamental et valorisent au plus haut point leur système de santé. Ils s'y associent étroitement parce que celui-ci illustre bien plusieurs des valeurs communes de notre société, telles que l'équité, la justice, la compassion et le respect de la dignité fondamentale de tous. Le respect des principes de la *Loi canadienne sur la santé* demeurera une caractéristique importante du système de santé canadien alors qu'il continue à évoluer de façon à répondre aux besoins des Canadiens.



Les entreprises canadiennes appuient le système public d'assurance-maladie, non seulement en raison de son efficacité, mais également parce qu'il leur procure des avantages concurrentiels importants, tels que des coûts plus bas pour les avantages sociaux des employés et l'accès à une main-d'œuvre en bonne santé et très mobile. Alors que l'accès universel à des services de soins de santé de qualité favorise une population en meilleure santé et, par conséquent, une main-d'œuvre en bonne santé et productive, le caractère national du système d'assurance-maladie canadien facilite la mobilité de la main-d'œuvre, ce qui permet de répondre aux besoins du monde des affaires.

En effet, le seul critère d'admissibilité à l'assurance-maladie publique au Canada est celui de la résidence. Le principe de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé* fait en sorte que les personnes ne perdent pas leur couverture d'assurance-maladie publique lors de déménagements ou lorsqu'elles s'absentent temporairement de leur province. Par conséquent, les travailleurs peuvent plus facilement changer d'emploi ou chercher du travail dans une autre province.

## Le renouvellement du système de soins de santé du Canada

Au début des années 1980, les budgets des provinces consacrés à la santé ont commencé à accaparer des portions plus importantes du total des ressources disponibles, au point où ils constituent de nos jours entre 28 % et 36 % des dépenses de programmes des provinces. L'importance des sommes consacrées à la santé a fait en sorte que les efforts de redressement des finances publiques a obligé l'ensemble des provinces à comprimer leurs dépenses de santé et à être plus rentables. Les provinces ont pu commencer à maîtriser ces coûts grâce surtout au pouvoir que leur assure la structure du payeur unique.

On comprend de mieux en mieux la nature des besoins futurs de la population en matière de santé, et l'on est conscient de l'impact des soins de santé sur l'état de santé général de la population. Le

### CANADA : Faits saillants

#### Données démographiques

Année	#	Population
1999*	30.9M	% de la pop. âgée de
1998*	33.2	0 - 24
1998*	32.3	" " " "
1998*	22.2	" " " "
1998*	12.3	65 +

#### Indicateurs de santé

1997*	78.6	Espérance de vie à la naissance (années)
1996*	36.1	Âge moyen des femmes
1996*	34.5	Âge moyen des hommes
1996*	5.6	Taux de mortalité infantile sur 1 000 naissances d'enfants vivants
1996*	3 483	Années potentielles de perte de vie sur 100 000 habitants
1997*	27.2	Causes importantes de décès (% des causes totales)
1997*	26.6	Cancer
1997*	7.4	Maladie du cœur
1997*	7.4	Maladies cérébrovasculaires (Principalement les maladies du cœur)

#### Hôpitaux et autres institutions

1996-	1 132	Nombre de jours d'hospitalisation du malade sur 1 000 habitants
1996-	10.7	Durée moyenne du séjour (jours de malades hospitalisés)
1993-94*	5.6	Lits d'hôpitaux par 1 000 habitants
1993-94*	8.1	Lits de soins en établissement par 1 000 habitants
1995-96	623 \$	Frais hospitaliers moyens par jour
1995-96	3	Personnel infirmier par lit

#### Fournisseurs de soins de santé

1997*	55 243	Nombre total de médecins
1997*	183	Médecins actifs par 100 000 habitants
1997*	28 108	# d'omnipraticiens
1997*	50.9	% de médecins omnipraticiens
1997*	27 135	# de spécialistes
1997*	49.1	% de médecins spécialistes
1997*	90	Spécialistes par 100 000 habitants
1997*	229 813	Infirmières
1997*	763	Infirmières par 100 000 habitants

\* Statistique Canada \* Institut canadien d'information sur la santé

## Les avantages de l'assurance-maladie

### État de santé

L'un des indicateurs les plus importants du succès du système de santé canadien tient à l'état de santé de la population canadienne. L'espérance de vie des enfants canadiens nés en 1997 est de 78,6 ans (81,4 ans pour les femmes et 75,8 ans pour les hommes), l'une des plus élevées dans les pays industrialisés. Le taux de décès chez les nourrissons se situait à 5,6 pour 1 000 naissances vivantes en 1996, l'un des plus bas taux au monde. De plus, le système de soins de santé au Canada est considéré comme un des éléments importants qui font que le Canada est au premier rang mondial de l'indice du développement humain des Nations Unies<sup>2</sup>.

### Avantages économiques

L'existence d'un système public et universel d'assurance-maladie procure également des avantages économiques importants sur le plan du contrôle des coûts de la santé et sur celui de l'efficacité. Il procure également des avantages concurrentiels indéniables pour les entreprises canadiennes. Le financement public permet également de répartir les coûts associés à la prestation des services de santé de façon plus équitable au niveau de la société. En plus des avantages liés à l'utilisation d'une approche à payer unique, le financement de l'assurance-maladie par le biais du régime fiscal est en soi une approche qui favorise l'efficacité, car elle n'exige pas la mise sur pied de mécanismes de perception supplémentaires.

*Le système de santé canadien est l'un des principaux facteurs de notre situation favorable face à la concurrence industrielle et de notre qualité de vie* (Conférence Board du Canada, 1998)<sup>3</sup>.

Une étude de 1999 effectuée par KPMG, conseillers en activités commerciales internationales, qui compare les prix de revient de l'entreprise en Amérique du Nord, en Europe et au Japon, a conclu que le Canada avait les prix de revient les moins élevés pour l'entreprise. Un avantage important tenait au fait que le Canada avait les coûts de main-d'œuvre les plus faibles du fait de la contribution salariale à des prestations, comme l'assurance-maladie<sup>4</sup>.

## FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ<sup>5</sup>

Le Forum national sur la santé a été lancé en 1994 afin de faire participer le public et les intervenants de la santé et des soins de santé au Canada. Le Forum a soumis son rapport final, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, le 4 février 1997. Pour assurer la viabilité du système de santé canadien, le Forum a prescrit un équilibre entre les mesures visant les déterminants non médicaux et les mesures au sein du système de soins de santé lui-même.

Du point de vue économique, les membres du Forum affirment que le modèle du régime public d'assurance-maladie à payer unique constitue le meilleur moyen de contrôler les dépenses globales dans le secteur de la santé. Le rapport conclut à la nécessité de prendre une gamme de mesures concertées, fondées sur des décisions éclairées, pour rendre le système plus efficace et efficient et pour qu'il reflète mieux les méthodes contemporaines de prestation des soins de santé. Les recommandations comprennent :

- la restructuration de l'organisation, du financement et de la prestation des services de soins primaires; le financement des soins plutôt que du fournisseur ou du lieu; les mesures de transfert des soins à domicile et la diffusion des médicaments médicalement nécessaires dans le cadre du système de santé publique;
- une vaste stratégie intégrée pour les enfants et la famille qui comprenne tant le soutien des programmes que du revenu; la création d'une fondation nationale pour améliorer l'action communautaire; un Institut de santé pour les Autochtones; de l'aide aux personnes qui souhaitent entrer sur le marché du travail;
- l'adoption d'un système fondé sur les résultats au niveau clinique, de la direction et des politiques, ainsi qu'au niveau de l'information publique - le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file dans ce domaine en vue de l'élaboration d'un système d'information sur la santé de la population à l'échelon national.

Dans le Budget annoncé en février 1997, le gouvernement du Canada a fourni quelques réponses anticipées à plusieurs recommandations du Forum en annonçant qu'il investirait 300 millions de dollars sur trois ans dans : un nouveau Fonds pour l'adaptation des services de santé (axe sur des innovations fondées sur les résultats dans le domaine des soins à domicile, l'assurance-médicaments, la prestation des soins primaires et des services intégrés); une stratégie nationale pour un système intégré canadien d'information sur la santé et un financement accru pour les initiatives communautaires d'enfants et de nutrition prénatale.



employeurs et aux assureurs privés, finance le système de prestation des soins de santé et les fournisseurs (à droite).

## Les dépenses de santé

En 1998, les dépenses totales de santé au Canada (en dollars courants) se sont élevées à 82,5 milliards de dollars (CAN), soit 2 694 \$ (CAN) par habitant (environ 1 785 \$ US par habitant). Les dépenses de santé ont constitué 9,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 1998, une baisse par rapport au niveau record de 10,1 % atteint en 1992. Les provinces consacrent jusqu'à un tiers de leurs budgets aux dépenses de soins de santé.

Le secteur public finance environ 68,7 % du total des dépenses de santé. Le reste, soit 31,3 %, est financé par des sources privées telles que les assurances privées, les avantages payés par les employeurs ou les déboursés directs des individus (Figures A et D). Les contrôles inhérents à un système de santé fondé sur le principe du payeur unique sont reconnus et ont contribué grandement aux récents succès du Canada en matière de contrôle des coûts de la santé.

Ainsi, les provinces et territoires ont été en mesure de freiner la croissance des dépenses de santé dans le secteur public plus efficacement que dans le secteur privé (Figure B). Les provinces et territoires disposent de pouvoirs importants leur permettant de gérer les dépenses de santé. Par exemple, les frais de fonctionnement des hôpitaux sont financés grâce à des budgets globaux annuels négociés avec le ministère provincial de la Santé, ou avec les autorités régionales responsables en raison de la délégation aux régions de nombreuses fonctions de planification et de prestation de soins de santé, depuis le début des années 1990. Dans la plupart des cas, les propositions pour les projets d'expansion, les services et les établissements de soins doivent être approuvés par les instances régionales et provinciales. Leurs projets d'expansion doivent être approuvés par les instances régionales ou provinciales. L'acquisition d'équipement de haute technologie et le mode de répartition de ces équipements entre les hôpitaux d'une région doivent également être approuvés par

Figure C  
Total des dépenses de santé par catégorie, Canada, 1998

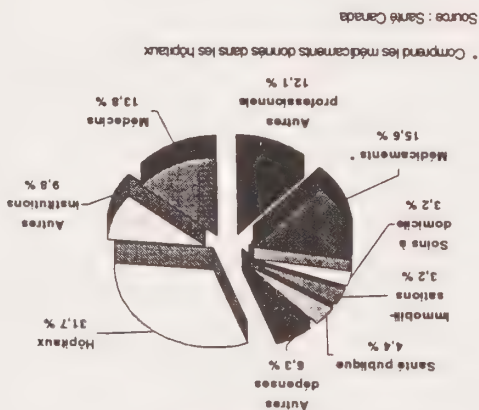
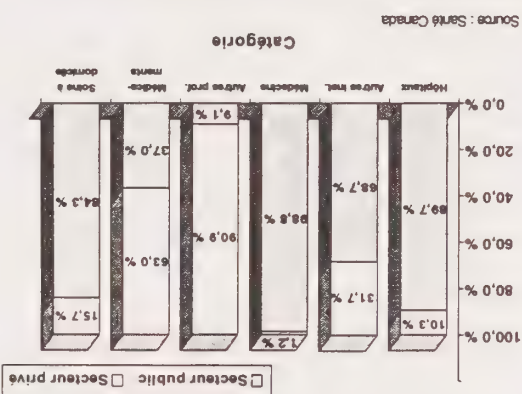


Figure D  
Parts du secteur public et privé des dépenses de santé par catégorie, Canada, 1998



les autorités provinciales afin d'éviter le doublement inutile des services ou leur sous-utilisation.

La rémunération des médecins fait également l'objet de négociations entre les provinces et les associations médicales provinciales. Ces négociations visent à établir le niveau des honoraires et les règles d'utilisation des services, sous réserve de diverses formes de plafonds individuels ou globaux. Quant à la rémunération du personnel infirmier, il est généralement le résultat de négociations collectives entre les unités syndicales désignées et les employeurs.

Le gouvernement fédéral continue de tenir fermement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

## Le financement

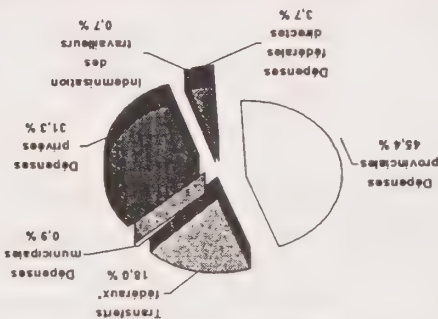
Les soins de santé au Canada sont essentiellement financés par les impôts que les provinces et le gouvernement fédéral perçoivent sur le revenu des particuliers et des sociétés. Certaines provinces ont recours à des méthodes de financement accessoires qui visent surtout les soins de santé, comme les taxes de vente, les retenues sur la paye et les recettes de loterie. Ces fonds ne sont cependant pas réservés précisément à la santé et s'ajoutent à l'ensemble des recettes de la province. Ils sont relativement peu utilisés pour le financement des soins de santé.

Deux provinces (l'Alberta et la Colombie-Britannique) perçoivent des primes d'assurance-maladie. Aucune des deux provinces ne fixe les primes en fonction du risque, et le traitement n'est pas conditionnel au versement préalable d'une prime, en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour la période de 1977 à 1996, la contribution fédérale pour les services de santé assurés a été combinée à celle pour l'enseignement postsecondaire et versée sous forme d'un transfert de financement global. Elle était fondée sur un montant égal par habitant, qui était ajusté annuellement en fonction des changements au produit national brut et calculé indépendamment des coûts provinciaux.

Au début de l'année financière 1996-1997, les contributions fédérales consenties aux provinces pour la santé et les programmes sociaux ont été fusionnées en un nouveau transfert global unique, soit le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Ce transfert consiste en une combinaison de contributions pécuniaires et de points fiscaux. Tout comme dans le cas des transferts antérieurs, les régimes provinciaux d'assurance-maladie doivent respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* pour avoir droit à l'intégralité des paiements de transfert fédéraux.

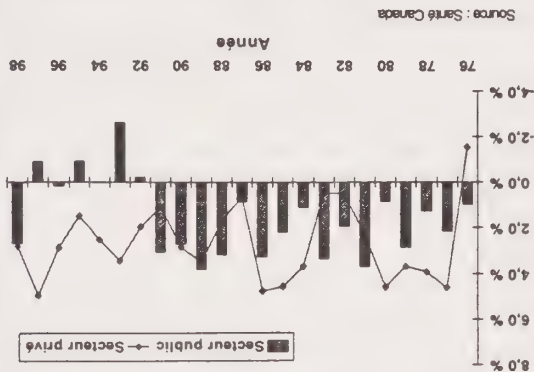
Figure A  
Total des dépenses de santé par secteur de financement, Canada, 1998



\* Les transferts fédéraux constituent la partie des dépenses de santé du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, calculée d'après la répartition de 1995-1996 du financement des programmes sociaux (FPF) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC).

Source : Santé Canada

Figure B  
Pourcentage des modifications apportées aux dépenses publiques et privées réelles de santé par habitant Canada, 1976 à 1998



Source : Santé Canada

Pour améliorer le système de santé, le gouvernement fédéral a annoncé dans le Budget de 1999 que les provinces et les territoires recevraient 11,5 milliards de dollars de plus, au cours de la période de 1999-2000 à 2003-2004, particulièrement en matière de soins de santé en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Le diagramme de la structure de financement du système de santé au Canada (qu'on retrouve à la fin de cette brochure) indique que le mouvement des fonds des particuliers (à gauche), qui versent des impôts et des primes aux gouvernements, aux



vertu de la plupart des lois provinciales, les assureurs privés ne peuvent offrir la même protection que celle des régimes gouvernementaux, mais ils peuvent rivaliser sur le marché des services complémentaires.

## *Les grandes étapes de l'évolution de l'assurance-maladie universelle*

Il a fallu cinq décennies pour en arriver au système d'assurance-maladie actuel au Canada.

Avant la fin des années 1940, les soins de santé au Canada reposaient surtout sur la médecine en cabinet privé, et leur accès dépendait du pouvoir de payer du malade. La tendance vers un système d'assurance-maladie universel, financé par l'État, a commencé à se dessiner en 1947 lorsque la province de la Saskatchewan a instauré un régime public d'assurance-hospitalisation. En 1956, le gouvernement fédéral, qui cherchait à favoriser l'implantation de régimes d'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces, a offert de partager à peu près moitié-moitié les coûts des services hospitaliers et diagnostiques. En 1961, les dix provinces et les deux territoires avaient signé des accords établissant des régimes publics d'assurance qui offraient une protection universelle au moins pour les soins aux malades hospitalisés dont les coûts pouvaient être partagés avec le gouvernement fédéral.

L'assurance-maladie publique a également pris son envol dans la province de la Saskatchewan, lorsque celle-ci a décidé de payer les consultations et les services dans des cabinets de médecin en dehors des hôpitaux. En 1968, le gouvernement fédéral a adopté une loi sur l'assurance-maladie afin de partager les frais des services médicaux avec les provinces, encore une fois à peu près moitié-moitié. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux couvraient les services médicaux. Cette année-là, l'objectif d'avoir un régime d'assurance-maladie national pour les soins hospitaliers et médicaux au Canada était enfin réalisé.

Pendant les vingt premières années, la contribution financière du gouvernement fédéral pour l'assurance-maladie a consisté en un pourcentage - environ la moitié - des dépenses provinciales consacrées à des services de santé assurés précis. En 1977, cette forme de partage des frais a été remplacée par des transferts par habitant aux provinces et territoires, soit le financement global. Pour la période de 1977 à 1996, la contribution fédérale a été fondée sur un montant uniforme par habitant et versée sous la forme d'un transfert fiscal (pouvoir d'imposition)<sup>1</sup> et de paiements en espèces. Les modalités du financement global, entrées en vigueur en 1977, prévoyaient que la contribution fédérale serait accordée aux provinces uniquement si celles-ci respectaient les critères énoncés dans la loi fédérale sur les services hospitaliers et médicaux. Comme les transferts ne sont plus liés aux dépenses provinciales en matière de services hospitaliers et médicaux, les provinces peuvent investir dans d'autres mécanismes de prestation de soins de santé, comme des soins de longue durée et des centres de soins communautaires, ou étendre la protection à des services complémentaires tels que les médicaments prescrits pour les aînés et les soins dentaires pour les enfants. Un examen des services de santé mené en 1979 par la Commission Hall a révélé que les soins de santé au Canada figuraient parmi les meilleurs au monde, mais que la surfacturation par les médecins - rembourisée par le régime provincial - et les frais d'utilisation perçus par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité aux soins. En réponse à ces préoccupations, le gouvernement fédéral a réaffirmé l'importance qu'il attachait à un système d'assurance-maladie universel, accessible, intégral, transférable et administré par l'État lorsque le Parlement du Canada a adopté la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Pour dissuader les provinces de tolérer les frais d'utilisation et la surfacturation, la Loi prévoit une sanction obligatoire d'un montant équivalent, retenu sur les paiements de transfert fédéraux, pour les provinces qui autorisent les frais d'utilisation ou la surfacturation pour des services de santé assurés.

## Les rouages du système

Les médecins de premier recours (p. ex. les omni praticiens) sont le moteur du système de soins de santé canadien, constituant environ 51 % de l'ensemble des médecins exerçant au Canada. Ils sont habituellement le premier point de contact avec le système officiel des soins de santé et la clé qui donne accès à la plupart des spécialistes, à de nombreux services paramédicaux à l'hospitalisation, aux tests diagnostiques et à la thérapie par des médicaments prescrits.

Le Canada n'a pas un système de « médecine socialisée », au sein duquel l'État emploie des médecins. La plupart des médecins sont des praticiens d'exercice privé qui travaillent dans des cabinets indépendants ou collectifs et jouissent d'une grande autonomie. Certains médecins travaillent dans des centres de santé communautaire, dans des cabinets collectifs à l'intérieur d'hôpitaux ou en affiliation avec les services hospitaliers de consultations externes. Les praticiens d'exercice privé sont habituellement rémunérés à l'acte et présentent leurs honoraires directement au régime d'assurance-maladie provincial. Les médecins qui exercent dans d'autres milieux peuvent aussi être rémunérés à l'acte, bien qu'habituellement, ils reçoivent un salaire ou soient rémunérés selon un autre barème de paiement.

Lorsque les Canadiens ont besoin de services médicaux, ils vont, dans la plupart des cas, chez le médecin ou à la clinique de leur choix et présentent la carte d'assurance-maladie qui est remise à tous les résidents admissibles d'une province. Les Canadiens ne paient pas directement les services hospitaliers et médicaux assurés et ils n'ont pas à remplir des formulaires pour les services assurés. Il n'y a pas de franchise ni de quote-part à verser et aucun plafond n'est imposé pour les services assurés.

Le personnel paramédical participe également aux soins de santé primaires dans une certaine mesure. Les dentistes travaillent indépendamment du système de soins de santé, sauf dans le cas des chirurgies dentaires nécessitant une hospitalisation. Bien que les infirmiers et infirmières soient

généralement à l'emploi du secteur hospitalier, on en retrouve aussi dans les services primaires, normalement en conjonction avec les cabinets privés. Les pharmaciens fournissent des préparations pharmaceutiques et des médicaments prescrits. Ils constituent une source de renseignements indépendante, puisqu'ils informent le public sur les médicaments prescrits et donnent des conseils pour l'achat de médicaments en vente libre.

Plus de 95 % des hôpitaux canadiens sont administrés par des entités à but non lucratif dirigées par des conseils communautaires d'administration, des organismes bénévoles ou des municipales. Les hôpitaux gèrent eux-mêmes l'affectation courante des ressources pourvu qu'ils respectent les budgets de fonctionnement établis par les autorités régionales ou provinciales de la santé. Ils rendent compte principalement aux collectivités qu'ils servent, et non à l'administration provinciale. Le secteur hospitalier à but lucratif regroupe la plupart des établissements de soins de longue durée ou les services spécialisés tels que les centres de désintoxication.

Outre les services hospitaliers et médicaux assurés, les provinces et les territoires paient d'autres services de santé qui n'entrent pas dans le cadre national d'assurance-maladie pour certains groupes de la population (p. ex. les aînés, les enfants et les assistés sociaux). Ces services comprennent les soins dentaires, les soins de la vue, les appareils et accessoires fonctionnels (prothèses, fauteuils roulants, etc.) favorisant l'autonomie, ainsi que les services de professionnels paramédicaux tels que les podiatres et les chiropraticiens.

Bien que les provinces et les territoires offrent certains services complémentaires, ceux-ci sont en grande partie financés par des sources privées, et les Canadiens doivent payer eux-mêmes ces services de santé non assurés. Les dépenses qu'un particulier assume peuvent dépendre du revenu ou de la capacité de payer de ce dernier. Les particuliers et les familles peuvent acheter une assurance privée ou profiter d'un régime d'assurance collective de l'employeur pour absorber une partie des coûts. En



# Le système de de soins de santé au Canada

Le système de soins de santé au Canada est principalement financé par l'État et exploité par le secteur privé. C'est une mosaïque de régimes d'assurance-maladie de dix provinces et de trois territoires, s'imbriquant les uns dans les autres. Connus sous le nom d'assurance-maladie, le système de santé canadien offre un accès universel et complet aux services médicaux et hospitaliers médicaux nécessaires, tant pour les malades hospitalisés que pour les malades externes.

Cette structure est issue de l'autorité que la Constitution canadienne confère aux provinces pour la plupart des aspects des soins de santé. Il s'agit d'un système d'assurance-maladie « national » en ce sens que tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie sont liés par le respect des principes nationaux établis au niveau fédéral.

Quant au gouvernement fédéral, son rôle dans le secteur de la santé consiste à établir et à administrer des principes ou des normes à l'échelle nationale pour le système de soins de santé (c'est-à-dire la *Loi canadienne sur la santé*), à aider au financement des services de santé provinciaux sous forme de transferts fiscaux, et à s'acquitter des certaines fonctions en vertu de la Constitution. Parmi ces fonctions, il y a la prestation directe de services de santé à quelques groupes, dont les anciens combattants, les Autochtones vivant dans des réserves, le personnel militaire, les détenus des pénitenciers fédéraux et la Gendarmerie royale du Canada. Le gouvernement fédéral voit aussi à la protection et à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention des maladies.

## PRINCIPES DE L'ASSURANCE-SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* stipule les conditions que doit respecter un régime provincial d'assurance-maladie santé pour que la province ait droit à la totalité de ses paiements de transfert fédéraux. Les cinq conditions suivantes constituent les « principes » de base du système de soins de santé au Canada :

### Gestion publique

Le régime provincial d'assurance-maladie doit être géré sans but lucratif par une autorité publique responsable devant le gouvernement provincial.

### Intégralité

Le régime doit assurer tous les services

médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins. Les services hospitaliers assurés comprennent les soins aux malades hospitalisés en salle commune (ou, si médicalement nécessaires, en chambre privée ou semi-privée) et tous les médicaments, matériels et services de diagnostic requis, ainsi qu'une vaste gamme de services aux malades externes. Les soins aux malades chroniques sont également assurés, bien que certains frais d'hébergement puissent être perçus.

### Universalité

Le régime doit offrir à la totalité des assurés de la province (soit les résidents admissibles) l'accès aux services de santé assurés selon des modalités uniformes.

### Accessibilité

Le régime doit offrir, selon des modalités uniformes, un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés sans qu'il n'y ait d'obstacles. Il est interdit d'imposer des frais supplémentaires aux malades assurés pour des services couverts. Personne ne peut faire l'objet d'une discrimination en raison de son revenu, de son âge, de son état de santé, etc.

### Transférabilité

Les résidents ont le droit à une protection lorsqu'ils déménagent dans une autre province au Canada ou lorsqu'ils voyagent au Canada ou à l'étranger. Toutes les provinces peuvent imposer certaines limites à la protection des services assurés à l'extérieur du pays et peuvent exiger une approbation préalable pour les services non urgents fournis à l'extérieur de la province.





# Le système de soins de santé au Canada

Notre mission est  
d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.  
*Santé Canada*

On peut obtenir des renseignements auprès de la :

Division des politiques et du système de santé  
Direction générale des politiques et de la consultation  
Santé Canada  
Immeuble Brooke-Claxton  
Pré Tunney  
Localisateur postal 0910A  
Ottawa (Ontario)  
Canada  
K1A 0K9

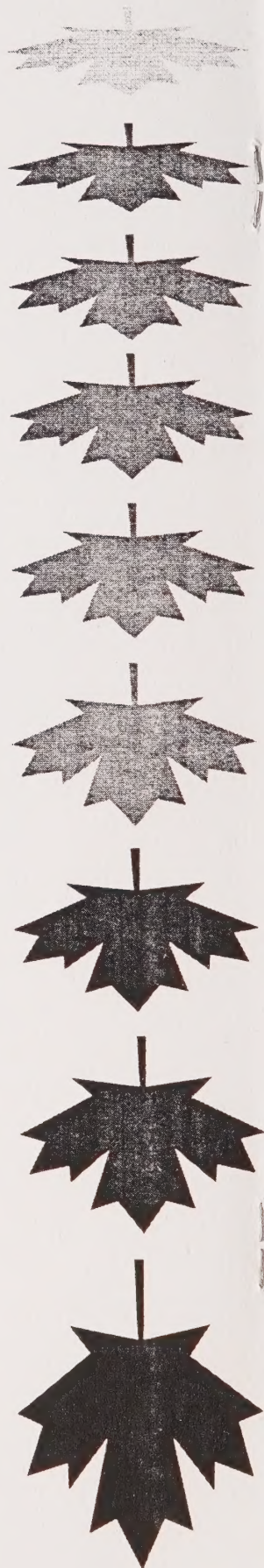
Cette brochure est disponible sur le site Internet de Santé Canada à l'adresse :  
<http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/F-sys.htm>

No. de catalogue: H39-502/1999  
ISBN: 0-662-64433-6

Le système de soins de santé au Canada.



# Le système de soins de santé au Canada









**Amberg®**

⚙️ ESSELTE

57501

MADE IN U.S.A.



0 78787 57501 1